

DIE BEDEUTUNG DER KINDER UND JUGENDLICHEN
IN DER FRAUEN-POLIKLINIK

Ludwig Englisch

1972



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554401_0102

Aus der Frauenklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Direktor: Prof. Dr. med. V. Friedberg

DIE BEDEUTUNG DER KINDER UND JUGENDLICHEN
IN DER FRAUEN-POLIKLINIK

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen
Fakultät der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von

Ludwig Englisch
aus Mainz-Kostheim

Mainz 1972



Dekan: Prof. Dr. med. A. Mayet
Referent: Prof. Dr. med. H.-D. Hiersche
Korreferent: Prof. Dr. med. V. Friedberg

Tag der mündlichen Prüfung: 14.7.1972



gesamtherstellung
ditters bürodienst
mainz



Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG
 - 1.1 Allgemeiner Teil
 - 1.2 Möglichkeiten in der Poliklinik der Universitäts-Frauenklinik Mainz zum Problem der Kindergynäkologie Stellung zu nehmen
2. PROBLEMSTELLUNG
 - 2.1 Größe des Krankengutes und der darin enthaltene Anteil der Kinder und Heranwachsenden
 - 2.2 Zunahme der kindergynäkologischen Fälle
 - 2.3 Besondere Leiden der Kinder und Heranwachsenden
 - 2.4 Errichtung spezieller kindergynäkologischer Zentren
 - 2.5 Zusammenarbeit der einzelnen Fachbereiche bei kindergynäkologischen Problemen
3. MATERIAL UND METHODE
 - 3.1 Beschreibung und Gliederung des untersuchten Krankengutes
 - 3.2 Dokumentation und Aufbau der Daten
4. ERGEBNISSE UND BESPRECHUNG DER LITERATUR
 - 4.1 Allgemeiner Teil
 - 4.2 Die Größe des Patientengutes der Kinder und Heranwachsenden und deren Anteil im gesamten Patientengut der Erwachsenen
 - 4.3 Die Zunahme des Patientengutes
 - 4.4 Besondere Leiden der Kinder und Heranwachsenden
 - 4.5 Besondere Leiden der Kinder und Heranwachsenden unter Berücksichtigung der Organbeteiligung
 - 4.6 Die Zusammenarbeit der einzelnen Fachbereiche in kindergynäkologischen Fragen
5. DISKUSSION
6. ZUSAMMENFASSUNG
7. LITERATURVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG

1.1 Allgemeiner Teil

In vielen Fachgebieten der Medizin zeichnet sich in der letzten Zeit eine Entwicklung ab, bei der den Erkrankungen des Kindes besondere Bedeutung geschenkt wird. Es entstanden Abteilungen für Kinderchirurgie und Kinderpsychiatrie, in der Fachliteratur findet man Veröffentlichungen über Chirurgie, Urologie und Dermatologie des Kindes.

Die Gründe für diese weitere Aufgliederung der Fächer ähneln sich. Insbesondere sind es anatomische, physiologische und psychische Gegebenheiten des Kindes und eine Reihe von Erkrankungen, die fast ausschließlich im Kindesalter vorkommen (GROB 1958). Auch KORTING (1969) schreibt im Vorwort zu seinem Buch "Hautkrankheiten bei Kindern und Jugendlichen": "Das Kind stellt nicht eben bloß die Miniaturform des Erwachsenen dar, sondern es weist wesentliche gestaltliche und funktionelle Differenzen zu diesem auf."

Der Versuch, die Kindergynäkologie innerhalb der Medizin abzugrenzen, wurde erstmals von dem ungarischen Pädiater DOBSZAY (1939), dem tschechischen Gynäkologen PETER (1940) und dem amerikanischen Chirurgen SCHAUFFLER (1942) vorgenommen. Inzwischen ist in der Pädiatrischen Fakultät der Karls-Universität in Prag die Kindergynäkologie Prüfungsfach im Staatsexamen geworden. DEWHURST in England (1963) findet, daß den gynäkologischen Leiden der Kinder zu wenig Beachtung geschenkt werde, obgleich Kinder besondere Erkrankungen dieser Art hätten. HUFFMAN in den USA (1968) meint darüber hinaus, daß nahezu jedes gynäkologische Leiden der Erwachsenen auch beim Kind zu finden sei. Für den deutschsprachigen Raum stellt HUBER in Österreich (1969) fest, daß Erkrankungen der Genitalorgane von Kleinkindern oder jungen Mädchen bisher "stiefmütterlich" behandelt worden seien.

OPITZ in Deutschland (1969) ist nun der Ansicht, daß die Kindergynäkologie ein neues, selbstständiges Fachgebiet darstelle. In einer Stellungnahme zu dieser Auffassung fordert ISBRUCH (1969) als Vorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte

e.V. eine Intensivierung der Lehre und Fortbildung auf dem Gebiet der Kindergynäkologie, negiert aber die Notwendigkeit der Einrichtung spezieller Abteilungen für dieses Fachgebiet. Seine Vorstellungen werden von FÖLSING (1969), stellvertretender Leiter der Abteilung für Berufsfragen in der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, geteilt.

FÖLSING meint darüber hinaus, daß für die konservativen Fälle in der Kindergynäkologie die Pädiatrie und für die operativen die Kinderchirurgie zuständig seien. Andererseits fordern HOYME und Heinz in der DDR (1971) ein breites Netz kindergynäkologischer Behandlungszentren mit Ambulanz zur gezielten Prophylaxe und Station zur Therapie gynäkologischer Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen.

1.2 Möglichkeiten in der Poliklinik der Univ. - Frauenklinik Mainz zum Problem der Kindergynäkologie Stellung zu nehmen

Als erstes müssen wir uns legitimieren, zum Problem "Kindergynäkologie" Stellung nehmen zu können. Hierfür stellten wir mit Hilfe einer Mehrfeldertafel für unsere Klinik die Größe des Einzugsgebietes sowie die Verteilung der Patientinnen darin fest. In dieser Mehrfeldertafel bilden die Gruppen "Kinder" (0 bis 15-jährige), "Heranwachsende" (16 bis 18-jährige) und "Erwachsene" (Vergleichsgruppe "K" - siehe Abschnitt "Material und Methode" -) die Zeilenüberschriften.

Spaltenüberschriften bildet die Unterteilung nach der Herkunft in "Stadt Mainz mit Vororten" (einschließlich Amöneburg, Kastel und Kostheim -"AKK"-), "Mainz-Land", "Übriges Rheinland-Pfalz" und "Randgebiete von Rheinland-Pfalz und Übrige".

Die Unterteilung erfolgte unter Benutzung eines im Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation Mainz nach dem Gemeinde-Kennzifferverzeichnis modifizierten Schlüssels der Wohnorte.

Tab. 1

Herkunft gynäkologisch erkrankter Kinder, Heranwachsender und erwachsener Patientinnen (Vergl. Gr. K).
Poliklinik der Univ.-Frauenklinik Mainz

ORT ALTER	MAINZ + VORORTE	MAINZ LAND	ÜBRIGE RHEINL. - PFALZ	RANDGEBIETE VON RHPF U. ÜBRIGE	Σ
0 - 15	184 37%	89 18%	118 24%	102 21%	493 100%
16 - 18	704 47%	271 18%	259 17%	262 18%	1496 100%
19 - 24	375 46%	167 21%	121 15%	147 18%	810 100%
Σ	1263	527	498	511	2799

Tabelle 1 zeigt, daß aus der Region "Stadt Mainz und Vororte" 37 % der Kinder, 47 % der Heranwachsenden und 46 % der Erwachsenen (Vergl. Gr.K) kommen.

Aus dem Gebiet "Mainz-Land" kommen 18 % der Kinder, 18 % der Heranwachsenden und 21 % der Erwachsenen (Vergl. Gr.K).

Aus den übrigen Gebieten von Rheinland-Pfalz kommen 24 % der Kinder, 17 % der Heranwachsenden und 15 % der Erwachsenen (Vergl. Gr.K).

Aus Gebieten, die an das Land Rheinland-Pfalz grenzen sowie aus anderen Bundesländern und dem Ausland kommen 21 % der Kinder, 18 % der Heranwachsenden und 18 % der Erwachsenen (Vergl. Gr.K).

Das eben Gesagte soll durch 3 Kreis-Diagramme (Abb. 1), welche die Altersgruppen "Kinder", "Heranwachsende" und "Erwachsene" (Vergl. Gr.K) bezeichnen, illustriert werden.

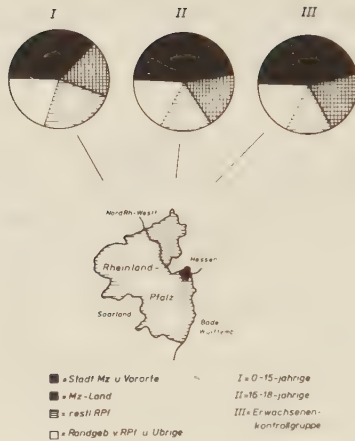


Abb. 1 Herkunftsverteilung von gynäkologisch erkrankten Kindern, Heranwachsenden und Erwachsenen (Vergl.Gr.K).

Poliklinik der Univ. - Frauenklinik Mainz

Durch 3 Kreisdiagramme werden die einzelnen Altersgruppen symbolisiert. Die Herkunft wird durch Sektoren unterschiedlicher Schraffierung dargestellt.

Die Kinder kommen relativ zahlreicher aus den weiter entfernten Wohngebieten.

In den Diagrammen wird die Herkunftsverteilung der Patientinnen durch Sektoren mit verschiedener Schraffierung symbolisiert. Auch dabei unterschieden wir die Regionen "Stadt Mainz und Vororte" (einschl. "AKK"), "Mainz-Land", "Übriges Rheinland-Pfalz" und "Randgebiete von Rheinland-Pfalz und Übrige".

Durch einen verstärkten Trennungsstrich werden die aneinander grenzenden Sektoren, welche die Regionen "Stadt Mainz und Vororte" (einschl. "AKK") und "Mainz-Land" symbolisieren, von den beiden übrigen getrennt.

Wir stellen fest, daß die Kinder relativ zahlreicher aus den weiter entfernten Wohngebieten kommen.

Die Tatsache, daß im Verhältnis mehr Kinder aus der Region "Übriges Rheinland-Pfalz" - also aus weiter entfernten Gebieten - kommen als dies bei den Erwachsenen der Fall ist, zeigt uns, daß unsere Klinik als Zentrum und Schwerpunktkrankenhaus für die Diagnostik und Therapie kindergynäkologischer Fälle angesehen wird. Sie kennzeichnet die Kinder ferner als Risikogruppe (TIETZE und RODORFF, 1970), d.h. eine in einer Form gefährdeten Patientengruppe, die einer Behandlung in personell und apparativ optimal ausgestatteten Kliniken mit beratenden Fachabteilungen bedarf. Für einen anderen Bereich (Risiko in der Schwangerschaft) wurde diese Art der Verteilung für das Einzugsgebiet der Klinik bereits gezeigt (TIETZE 1970).

Bei weiterer Unterteilung der Herkunftsgebiete (Tab. 2) in "Stadt Mainz und Vororte" (einschl. "AKK"), "Mainz-Land", "Kreis Bingen", "Kreis Alzey", "Kreis Worms", "Kreis Kreuznach", "Rest Rheinland-Pfalz", Region "Taunus, Wiesbaden und Rheingau", "Kreis Darmstadt und Kreis Groß-Gerau" sowie "Übrige" und der Unterteilung der Altersgruppen in "0 bis 10-", "11 bis 15-", "16 bis 18-jährige" und "Erwachsene" (Vergl. Gr.K) andererseits zeigt sich, daß die Region "Darmstadt-Groß-Gerau" in allen Altersgruppen nach den Gebieten "Stadt Mainz mit Vororten" und "Mainz-Land" den, an der Patientenzahl gemessen, dritten Platz einnimmt.

Tab. 2

Erweiterte Gliederung der Herkunft gynäkologisch erkrankter Kinder, Heranwachsender und erwachsener Patientinnen (Vergl. Gr. K).

Poliklinik der Univ. - Frauenklinik Mainz

Gr. I Alter	Mainz-Abd.	Ha-Land	Bingen	Alzey	Worms	Kreisna	Rest Rhein-Pf.	Taunus Wiesb. Rheing.	Darmst. Gr. Gerol.	Umg.	I											
0-10	10	48	3	24	0	8	0	5	0	3	2	6	0	13	3	10	2	12	1	10	121	139
11-15	29	99	9	51	2	11	6	14	1	4	3	16	5	21	10	13	8	23	6	10	79	262
16-18	197	505	60	209	15	51	14	49	7	25	6	29	9	48	21	67	24	87	14	65	367	135
0-18	236	652	72	284	17	70	20	68	8	32	11	51	14	82	34	90	34	122	21	85	467	536
19-24	122	253	58	109	13	29	6	25	5	5	1	10	5	22	8	43	16	39	10	34	244	569
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II

An vierter Stelle folgen bei den 0 bis 10-jährigen gemeinsam die Regionen "Rest Rheinland-Pfalz" und "Taunus, Wiesbaden, Rheingau", bei den 11 bis 15-jährigen "Rest Rheinland-Pfalz", bei den Heranwachsenden sowie den Erwachsenen (Vergl. Gr. K) das Gebiet "Taunus, Wiesbaden, Rheingau."

Wie wir aus dieser Aufgliederung ersehen, sind die Patientinnen aus den benachbarten und weiter entfernten Gebieten des Landes Hessen im gesamten Patientengut unserer Klinik relativ stark vertreten. Da deren Einzugsgebiet nicht durch Landesgrenzen bestimmt wird, können wir auch aus dieser Sicht unsere Klinik als Schwerpunktkrankenhaus für Diagnose und Therapie kindergynäkologischer Leiden ansehen. Die Größe unseres Einzugsgebietes entspricht ungefähr dem der Kindergynäkologischen Poliklinik Prag-Stadt.

Wir stellen demnach fest, daß zunächst einmal unsere Klinik von der Bevölkerung als Schwerpunktkrankenhaus für die Behandlung gynäkologisch erkrankter Kinder angesehen wird und mit dem Einzugsgebiet der Kindergynäkologischen Poliklinik Prag-Stadt zu vergleichen ist. Dies legitimiert uns, zur Frage der Kindergynäkologie Stellung zu nehmen.

2. PROBLEMSTELLUNG

Die unterschiedlichen Auffassungen und Wertungen der Kindergynäkologie haben uns zu folgenden Fragen veranlaßt:

1. Wie groß ist das Krankengut erstuntersuchter Patientinnen in der Poliklinik und wie groß darin der Anteil der Kinder und Heranwachsenden ?
2. Nimmt die Zahl der kindergynäkologischen Fälle in den letzten Jahren zu ?
3. Haben Kinder und Heranwachsende spezielle gynäkologischen Leiden ?
4. Kann man nach Beantwortung dieser Fragen fordern, daß zur Betreuung der Kinder und Heranwachsenden eine Subspezialität "Kindergynäkologie" und spezielle gynäkologische Zentren zu schaffen sind ?
5. Ist eine Intensivierung der Zusammenarbeit der einzelnen Fachbereiche eines Klinikums zur besseren gynäkologischen Betreuung der Kinder und Heranwachsenden zu fordern ?

3. MATERIAL UND METHODE

3.1 Zur Beantwortung der oben angeführten Fragen haben wir eine retrospektive Untersuchung angestellt.

Es wurden aus dem Patientengut der Jahre 1954 bis 1969 der Poliklinik der Universitäts - Frauenklinik folgende Gruppen gebildet:

- Gruppe I: Alle in der Poliklinik erstuntersuchten und behandelten Kinder im Alter von wenigen Monaten bis 15 Jahre.
- Gruppe II: Alle Heranwachsenden im Alter von 16 bis 18 Jahren, die in den genannten Jahren in der Poliklinik erstuntersucht und behandelt worden sind.
- Gruppe III: Aus der Menge der 19 bis 24-jährigen Patienten diejenigen, deren Familienname mit dem Buchstaben "K" begann, und die in den Jahren 1954 bis 1969 in der Univ. - Poliklinik zum ersten Mal untersucht und behandelt worden sind.

Die zuletzt genannte Gruppe stellt eine Vergleichsgruppe dar. Die Auswahl nach dem Buchstaben "K" soll die Zufälligkeit und Homogenität des Materials garantieren.

Bei der Einteilung der Kinder und Heranwachsenden folgten wir einem Vorschlag von HUFFMAN (1971).

Wir fanden für den Zeitraum von 16 Jahren (1954 bis 1969) unter der Gesamtzahl von 43 514 Patientinnen, die nach dem Ordnungsbegriff "Jahrgang der Erstuntersuchung" gegliedert wurden, 501 Kinder, 1 515 Heranwachsende und in der oben charakterisierten Vergleichsgruppe erwachsener Frauen 813 Patientinnen.

3.2 Dokumentation und Aufbau der Daten

Zur Gliederung der Daten wurden bei der Verschlüsselung jedes einzelnen Falles folgende Ordnungsbegriffe verwandt:

3.2.1 die laufende Nummer.

Sie entsprach der Reihenfolge, in der die Fälle bei der Erhebung aufgenommen worden sind. Mit Hilfe einer Liste konnte jeder laufenden Nummer der entsprechende Fall zugeordnet werden,

3.2.2 das Alter der Patientin zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung.

Diese Angabe wurde nach Angabe des Geburtsdatums und dem Datum der Erstuntersuchung auf der Karteikarte der Poliklinik errechnet,

3.2.3 Wohnort der Patientin.

Die Verschlüsselung des Wohnortes erfolgte nach einem im Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation Mainz, nach dem Gemeine-Kennzifferverzeichnis modifizierten Schlüssel der Wohnorte,

3.2.4 Jahrgang der Erstuntersuchung.

Dieser konnte direkt von der Poliklinikarte übertragen werden.

Diesen Ordnungsmerkmalen folgte ein Verwaltungsdatum ("einweisende Person"), das nach eigenem Schlüssel signiert wurde. Zu den wichtigsten Zielgrößen der Untersuchung gehören die darauffolgenden klinischen Daten, die nur qualitativ ausgerägte Merkmale darstellen.

Bei der Verschlüsselung der Merkmale "Diagnose" und "Organbeteiligung" bestand die Möglichkeit von Kombinationen. Entsprechend dem bisherigen Vorgehen beim Todesursachen-Verzeichnis haben wir dabei als Merkmal diejenige Diagnose oder dasjenige Organ eingesetzt, die Hauptdiagnose bzw. hauptsächlich beteiligtes Organ waren.

Uns erschien dieses Verfahren der retrospektiven Erhebung an einem unterschiedlich sorgfältig dokumentierten Material adäquat.

Die Ablochung der auf Belegbögen niedergelegten Daten erfolgte auf der üblichen 80-spaltigen Lochkarte.

Außer durch Lochen und Prüfen wurde die Dignität des Datenmaterials durch einfache Plausibilitätsproben (Sortieren und Auflisten) verbessert.

Die darauffolgende weitere Verarbeitung des Materials erfolgte ebenfalls auf möglichst einfache Weise, nämlich durch Sortieren und Auszählen der relativen Häufigkeiten.

Beim Aufbau der Tabellen und bei den graphischen Darstellungen richteten wir uns nach den Lehrbüchern der darstellenden Statistik (Walker, 1964), (Weber, 1964), (Pfanzagl, 1967), (Campbell, 1971).

4. ERGEBNISSE UND BESPRECHUNG DER LITERATUR

4.1 Unsere Untersuchungen dienen der Beantwortung der Frage: Sind zur Betreuung der Kinder und Heranwachsenden eine neue Subspezialität "Kindergynäkologie" und spezielle gynäkologische Zentren notwendig ?

Um hierzu einen Überblick über die zahlenmäßige Bedeutung des Anteils der Kinder und Heranwachsenden im gesamten Patientengut der Poliklinik zu bekommen, haben wir diese Größe den Zahlen der Kinder und Jugendlichen gegenüber gestellt.

Um Aufschluß über eine mögliche Zunahme des Patientengutes in den letzten Jahren zu erhalten, haben wir den Beobachtungszeitraum in die Abschnitte 1954 bis 1961 und 1962 bis 1969 gegliedert und die Zahl der Kinder, der Heranwachsenden und der Erwachsenen-Kontrollgruppe "K" in beiden Zeiträumen miteinander verglichen.

Hierzu dient auch die Gliederung des Beobachtungs-Zeitraumes in vier Abschnitte (1954-1957, 1958-1961, 1962-1965, 1966-1969) bei der oben charakterisierten Gegenüberstellung des gesamten Patientengutes auf der einen und der Kinder und Heranwachsenden auf der anderen Seite.

Zur Feststellung besonderer gynäkologischer Leiden bei Kindern und Heranwachsenden haben wir die Diagnosen und die daran geknüpften Organbeteiligungen in diesen Altersgruppen mit denen der Erwachsenen-Kontrollgruppe "K" verglichen.

Schließlich wollen wir prüfen, ob zur besseren Betreuung der Kinder und Heranwachsenden eine Intensivierung der Zusammenarbeit der einzelnen Fachbereiche nötig ist.

Wir haben deshalb untersucht, wie eng die Zusammenarbeit ist, d.h. wie häufig uns Kinder und Adoleszenten von den verschiedenen Fachärzten bzw. Kliniken geschickt werden.

4.2 Die Größe des Patientengutes der Kinder und Heranwachsenden und deren Anteil im gesamten Patientengut der Erwachsenen

In einer Kontingenztafel sehen wir die Größe des Patientengutes der Kinder und Heranwachsenden sowie die Gesamtzahl der Patientinnen im Beobachtungszeitraum 1954 bis 1969 (siehe Tab. 3).

Zeilenüberschriften bilden die Gruppen "Kinder", "Heranwachsende" sowie die Gesamtzahl der Patientinnen unserer Poliklinik.

Spaltenüberschriften bilden die Jahrgangsgruppen 1954 bis 1957, 1958 bis 1961, 1962 bis 1965 und 1966 bis 1969.

Tab. 3 Zunahme des Patientengutes (0-15-jährige, 16-18-jährige, Gesamtpoliklinik) im Beobachtungszeitraum 1954-1969
Poliklinik der Univ. - Frauenklinik Mainz

Beobachtungszeitraum					
Alter	1954 - 57	1958 - 61	1962 - 65	1966 - 69	Σ
0 - 15	28 (1)	73 (2,61)	164 (5,66)	236 (8,43)	501
16 - 18	61 (1)	306 (5,02)	486 (7,97)	649 (10,64)	1502
GESAMT	4653	10329	12697	15635	43514
POLIKLINIK	(1)	(2,22)	(2,77)	(3,36)	
Σ	4742	10708	13547	16520	45517

In den Jahren 1954 bis 1957 kamen 28 Kinder, 61 Heranwachsende und insgesamt 4 653 Patientinnen zum ersten Mal in unsere Klinik.

In den Jahren 1966 bis 1969 fanden wir 236 Kinder, 649 Heranwachsende und insgesamt 15 635 Patientinnen.

In den genannten Gesamtzahlen ist die Anzahl der Kinder und Heranwachsenden enthalten.

Untersuchungen an einem kindergynäkologischen Behandlungszentrum in Ost-Berlin zeigen, daß von 1968 bis Juni 1971 laut Diagnose-Kartei 1 617 Mädchen bis zum 16. Lebensjahr zur Erstuntersuchung kamen.

In der Prager Poliklinik kommen pro Tag 5 bis 10 Kinder zur Erstuntersuchung.

4.3 Zunahme des Patientengutes

Um eine mögliche Zunahme des Patientengutes in den letzten Jahren feststellen zu können, haben wir in der Tabelle 2 die Patientinnen nach den Einweisungsjahren 1954 bis 1961 und 1962 bis 1969 (in der Tabelle mit I und II bezeichnet) in 2 Gruppen gegenübergestellt und festgestellt, daß mit Ausnahme der Erwachsenen (Vergl. Gr. K) aus "Kreis Worms" in allen Altersgruppen und Herkunftsgebieten eine Zunahme des Patientengutes der Jahre 1962 bis 1969 gegenüber dem der Jahre 1954 bis 1961 erfolgte.

Die Tabelle 3 soll uns gleichfalls Aufschluß über eine mögliche Zunahme des Patientengutes in den letzten Jahren bringen.

Setzen wir hier die Größe des Patientengutes der Jahrgänge 1954 bis 1957 gleich 1, so ergibt sich in der Jahrgangsgruppe 1958 bis 1961 bei den Kindern eine Zunahme des Patientengutes um das Dreifache, bei den Heranwachsenden um das Fünffache und in der gesamten Poliklinik um das Zweifache.

In der Jahrgangsgruppe 1962 bis 1965 beträgt die Zunahme bei den Kindern das Sechsfache, bei den Heranwachsenden das Achtfache und in der gesamten Poliklinik das Dreifache.

In der Jahrgangsgruppe 1966 bis 1969 finden wir bei den Kindern das Achtfache, bei den Heranwachsenden das Elffache und in der gesamten Poliklinik das Dreifache des Basiswertes 1.

Zur Erläuterung dieser Werte dienen die Abbildungen 2, 3 und 4.

In der Abbildung 2 finden wir in einer Graphik das eben Gesagte.

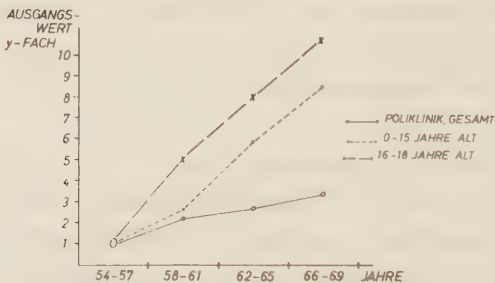


Abb.2

Entwicklung zweier Altersgruppen im Patientengut der Poliklinik der Univ. - Frauenklinik Mainz

Auf der Ordinate ist das Y-fache des Ausgangswertes 1 (Zahlenmaterial d. Jahrgangsgruppe 1954-1957) aufgetragen. Auf der Abzisse sehen wir die Jahrgangsgruppen 54-57, 58-61, 62-65, 66-69. Die Kurven symbolisieren die Zunahme der gynäkologisch erkrankten Kinder, Heranwachsenden und des gesamten Patientengutes der Poliklinik. Es ist ein steilerer Anstieg der Patientenzahlen der Kinder und Heranwachsenden gegenüber der gesamten Poliklinik festzustellen.

Auf der Ordinate ist das Y-fache des Ausgangswertes 1 des Patientengutes eingetragen, auf der Abszisse die Jahrgangsgruppen. Die drei Kurven, welche die Altersgruppen "Kinder", "Heranwachsende" und "Gesamtes Patientengut" darstellen, symbolisieren die Zunahme des Patientengutes in den Jahren 1954 bis 1969.

Abbildung 3 zeigt diesen Trend bei Auftragung absoluter Zahlen. Auf der Abszisse finden sich hier die einzelnen Jahrgänge von 1954 bis 1969. Die Erwachsenen werden in dieser Abbildung durch die Vergleichsgruppe "K" repräsentiert.

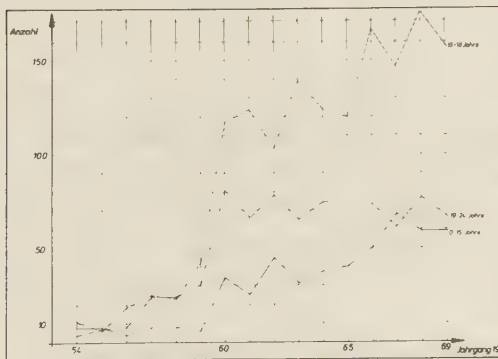


Abb. 3

Zunahme der gynäkologisch erkrankten Kinder, Heranwachsenden und Erwachsenen (Vergl.Gr.K) in der Poliklinik der Univ. - Frauenklinik Mainz.

Auf der Ordinate ist die Anzahl der Patientinnen abzulesen, auf der Abszisse sind die Jahrgänge 1954-1969 aufgetragen. Die Kurven symbolisieren die Altersgruppen.

Hier fällt vor allem der Anstieg der Patientenzahl der Heranwachsenden auf. Nicht so ausgeprägt ist der Anstieg der Patientenzahl der Kinder, während wir in der Erwachsenen-Vergleichsgruppe in den letzten 9 Jahren des Beobachtungszeitraumes keine Zunahme des Patientengutes sehen.

In Abbildung 4 sehen wir ein Histogramm, das in den oben beschriebenen Jahrgangsgruppen den Prozentsatz der 0 bis 18-jährigen im Patientengut der Poliklinik zeigt.

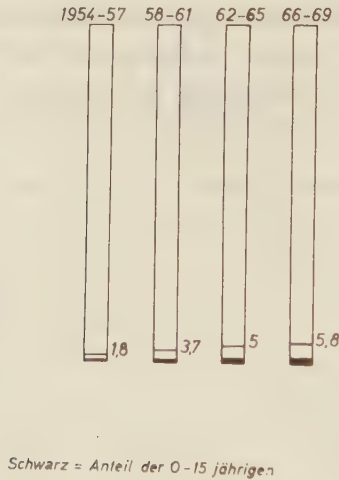


Abb. 4

Prozentsatz der 0 - 18-jährigen Patienten
Poliklinik der Univ.-Frauenklinik Mainz.

Das Histogramm symbolisiert die Patientenzahlen der gesamten Poliklinik in den Jahrgangsgruppen 54-57, 58-61, 62-65 und 66-69. In jeder der Säulen wird der Anteil der 0 - 18-jährigen demonstriert und in diesem Anteil der der 0 - 15-jährigen durch schwarze Schraffierung besonders herausgehoben. Wir sehen einen kontinuierlichen Anstieg der 0 - 18-jährigen im Beobachtungszeitraum.

Wir sehen eine Zunahme von anfangs 2 % in der Jahrgangsgruppe 1954 bis 1957, über 4 % in den Jahren 1958 bis 1961 und 5 % in den Jahren 1962 bis 1965 bis auf 6 % des Gesamtanteils in den Jahren 1966 bis 1969.

Der Anteil der 0 bis 15-jährigen in der Gruppe der 0 - 18-jährigen wird durch schwarze Schraffierung symbolisiert.

Der Anstieg der Fälle in den Altersgruppen "Kinder" und "Heranwachsende" im beobachteten Zeitraum ist weitaus deutlicher als bei der Erwachsenen-Vergleichsgruppe und verläuft kontinuierlich (siehe Abb. 3). Das spricht für ein erwachendes Interesse der Ärzte und Eltern an diesen speziellen Leiden der Kinder und Heranwachsenden.

4.4 Besondere Leiden der Kinder und Heranwachsenden

Die gynäkologischen Befunde unserer Patientinnen werden in einer weiteren Mehrfeldertafel (Tab. 4) dargestellt:

Zeilenüberschriften bilden die Altersgruppen "0-5"-, "6-10"-, "11-15-jährige", "Heranwachsende", "Gesamtgruppe der Kinder" und "Erwachsene (Vergl. Gr.K)". Spaltenüberschriften bildet die Unterteilung des Merkmals "Erkrankung" in: "Mißbildung", "Entzündung", "Hormonstörung" (Pubertas praecox, prim. und sek. Amenorrhoe und Menstruationsbeschwerden), "Verletzung", "Tumor" (gut- u. bösartig) sowie "Unzucht und Vergewaltigung".

Tab. 4 Gynäkolog. Erkrankungen bei Kindern, Heranwachsenden und Erwachsenen (Vergl. Gr. K)

Poliklinik der Univ. - Frauenklinik Mainz

Diagnose Alter	Entzündung	Hormon- störung	Mißbildung	Verletzung	Tumor	Unzucht Vergewalt	Σ
0 - 5	20 36 %	5 9 %	1 25 %	10 18 %	3 5 %	4 7 %	56 100 %
6 - 10	26 41 %	6 10 %	8 12 %	13 21 %	4 6 %	5 10 %	63 100 %
11 - 15	44 28 %	64 41 %	13 8 %	6 4 %	20 13 %	10 6 %	87 100 %
16 - 18	172 44 %	169 38 %	17 4 %	8 2 %	30 8 %	14 4 %	390 100 %
0 - 15	90 32,6 %	75 27,2 %	35 12,6 %	29 10,5 %	27 9,8 %	20 7,2 %	276 100 %
19 - 24	94 60,3 %	38 24,4 %	2 1,3 %	1 0,6 %	21 13,4 %	0 0 %	156 100 %

* % Fälle fehlberichtet

Es zeigt sich, daß bei Kindern und Heranwachsenden das Schwergewicht der Erkrankungen auf der Entzündung (33 % der Kinder, 44 % der Heranwachsenden) und den Hormonstörungen (27 % der Kinder, 38 % der Heranwachsenden) liegt. Auch bei den Erwachsenen ist die häufigste Erkrankung die Entzündung (60 %), gefolgt von den Hormonstörungen (24 %).

An dritter Stelle stehen bei den Kindern die Mißbildungen (13 % der Fälle) und bei den Heranwachsenden die gut- und bösartigen Tumoren mit 8 %. Der Anteil der Mißbildungen ist bei den Erwachsenen mit 1 % deutlich geringer als bei den Kindern, während bei den Tumoren (gut- und bösartig) die Erwachsenen-Vergleichsgruppe mit 13 % der Fälle einen gegenüber den Heranwachsenden sichtbar größeren Anteil hat.

Verletzungen finden wir bei 11 % der Kinder und bei 2 % der Heranwachsenden, aber bei nur 0,6 % der Erwachsenen (Vergl. Gr.K).

Die gut- und bösartigen Genitaltumoren sind bei den Kindern und Heranwachsenden weniger häufig (10 % der Kinder, 8 % der Heranwachsenden) als bei der Erwachsenenengruppe mit 13 % der Fälle. Wir fanden allerdings bei 501 Kindern und 1 515 Heranwachsenden 6 Malignome, 4 davon am Ovar, 2 am Uterus, bei der Erwachsenen-Kontrollgruppe mit 813 Patientinnen hingegen kein Malignom.

Fälle von Unzucht und Vergewaltigung, bei den Kindern mit 7 % und den Heranwachsenden mit 4 % vertreten, ließen sich bei der Vergleichsgruppe "K" ebenfalls nicht finden.

4.5 Besondere Leiden der Kinder und Heranwachsenden unter Berücksichtigung der Organbeteiligung

Eine ergänzende Tabelle (Tab. 5) zeigt uns noch die Organbeteiligung bei den einzelnen Erkrankungen. Dabei unterschieden wir 3 Altersgruppen: "Kinder" (I), "Heranwachsende" (II) und "Erwachsene" (Vergl. Gr. K) (III).

Sie bilden zusammen mit den oben beschriebenen Befunden die Spaltenüberschriften.

Zeilenüberschriften bilden die erkrankten Organe: "Vulva" (einschl. Hymen), "Vagina", "Uterus" - die Unterteilung d. Uterus in "Portio", "Collum" und "Corpus"-, "Adnexe" - dabei zusätzlich "Ovar"-, "Appendix", "Mamma" und "keine Organbeteiligung".

Wir fanden in der Diagnose der Mißbildungen bei den Kindern vorwiegend Vulva, dann die Scheide, den Uterus und an vierter Stelle erst das Ovar beteiligt. Bei den Heranwachsenden waren Mißbildungen zuerst an der Scheide, dann am Uterus und an dritter Stelle am Ovar und der Mamma zu finden. Bei den Erwachsenen fanden wir überhaupt nur zwei Mißbildungen; beteiligt waren die Scheide und der Uterus.

Tab. 5 Organbeteiligung bei gynäkolog. Erkrankungen von Kindern (I), Heranwachsenden (II) und Erwachsenen (Vergl. Gr. K) (III).

Poliklinik der Univ. - Frauenklinik Mainz

	Mißbildung	Entzündung	benign	Tumor	Verletzt	vergenügt	Gravidität	inalign	Uterus	a B	Gestose	I
Vulva	4	1	4			10		1				10
Scheide	9	11	58	79	77	1	0	11				10
Uterus	16	14	0	1	11	8	1	1				10
Portio	1	0	10	1	3	2	0	1	0	10		10
Collum	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0		10
Corpus	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		10
Adnexe	1	0	0	5	45	30	0	10	0	0		10
Ovar	4	2	0	0	2	17	10					10
Appendix												10
Mamma												10
keine												10
Organbeteiligung												10

In der Diagnose "Entzündung" fanden wir bei den Kindern hauptsächlich die Scheide, dann die Vulva, die Appendix und schließlich die Adnexe beteiligt. Bei den Heranwachsenden war es an erster Stelle die Scheide, es folgte die Adnexe, die Appendix und schließlich der Uterus.

Bei den Erwachsenen war am häufigsten die Scheide, dann Adnexe, Uterus und Appendix entzündlich erkrankt.

Bei dem Befund "Benigner Tumor" waren bei den Kindern vorrangig Mamma und Ovar erkrankt, bei den Heranwachsenden - ebenso wie bei den Erwachsenen - vorwiegend Ovar und Mamma.

Maligne Tumoren fanden sich bei den Kindern am Ovar (3) und am Uterus (2), bei den Heranwachsenden ein einziger am Ovar. Kein Malignom fanden wir bei den Erwachsenen.

Verletzungen sahen wir ebenfalls nur bei Kindern und Heranwachsenden. Bei den Kindern waren zuerst Vulva (einschl. Hymen), dann die Scheide betroffen, bei den Heranwachsenden zuerst die Scheide, dann der Uterus.

Auch Sexualdelikte fanden wir nur bei Kindern und Heranwachsenden. In Mitleiden-schaft gezogen wurde hier vor allem die Vulva und an zweiter Stelle die Scheide.

Bevor wir die hier gefundenen Ergebnisse kommentieren, sei das einer Untersuchung von ASZODI in Ungarn (1967) vorausgeschickt. ASZODI teilt die gefundenen Diagnosen bei 560 untersuchten Mädchen im Alter von 17 Jahren und darunter in 3 Gruppen ein: 1. Schwangerschaften (38 %), 2. Gynäkolog. Erkrankungen (50 %), 3. Sexuelle Probleme (12 %).

Der Anteil der Schwangeren betrug auch bei unseren Kindern und Heranwachsenden 38 %. Auf die Problematik der Teenager-Schwangerschaften wurde anhand des Patientengutes an der UFK Mainz von TIETZE und HIERSCHE (1971) und von TIETZE et al. (1971) hingewiesen.

Wie wir sehen, stellen Mißbildungen, bösartige Tumoren, Verletzungen und Sexualdelikte besondere Leiden bzw. Gefährdungen der Kinder und Heranwachsenden dar.

DEWHURST (1963) beschreibt als mildeste Form der Genitalmißbildungen die Synechie der kleinen Labien. Nach seiner Ansicht ist ein niedriger Östrogenwert hier ein begünstigender Faktor.

Auch PETER und VESELÝ (1966) berichten, daß sie noch nie eine Synechie bei östrogenisiertem Terrain beobachtet haben.

Mit dieser leichten Mißbildung darf nach DEWHURST (1963) nicht die ernstere der Vaginalobstruktion verwechselt werden. Der häufigste Obstruktionstyp ist eine einfache Membrane in der Gegend des Hymen. BREWS (1957) fand in den Krankengeschichten des London-Hospital in den vorangegangenen 60 Jahren 62 Fälle von membranöser Obstruktion, davon 2 Fälle in der oberen Vagina und 5 im Bereich der Cervix.

Unsere eigenen Untersuchungen erlauben lediglich eine Aussage über den Sitz der Mißbildungen (siehe Tab. 5). Wir sehen sie bei den Kindern überwiegend an Vulva und Scheide lokalisiert, bei den Heranwachsenden ist hauptsächlich die Scheide betroffen. Auch Fehlbildungen des Uterus und des Ovar werden in beiden Altersgruppen, diagnostiziert unter der Laparatomie, gefunden.

Das Ergebnis unserer Untersuchungen über die Verletzungen ähnelt dem von HUBER (1968), der bei 115 bis 19-jährigen und 19 über 15 Jahre alten Mädchen in 9 % der Fälle eine Verletzung fand. HUBER bezieht die Verletzungen durch sexuelle Insulte mit ein (7 von insgesamt 12 Fällen). Als weitere Ursache von Verletzungen gibt HUBER Fremdkörper bzw. Masturbation an, ferner Stürze mit nachfolgenden Verletzungen der Labien sowie Pfählungsverletzungen, die einen Scheidenriß nach sich ziehen können.

HOYME und HEINZ fanden in ihrem Krankengut nur in 1,7 % der Fälle Verletzungen.

Nach unseren Untersuchungen betreffen Verletzungen vor allem die jüngeren Kinder, nämlich die 6 bis 10-jährigen (21 % der Fälle) und die 0 bis 5-jährigen (18 % der Fälle).

In unseren Zahlen sind Verletzungen durch Sexualdelikte nicht berücksichtigt, sondern wurden in die Befundgruppe "Unzucht und Vergewaltigungen" hineingenommen.

Die Sexualdelikte sind bei unseren Untersuchungen am wenigsten anzutreffen: 7,2 % der Fälle bei den Kindern, 4 % bei den Adoleszenten (s. Tab. 4). Bei der für die statistischen Bewertungen geschaffenen Vergleichsgruppe erwachsener Frauen haben wir keine gefunden.

HOYME und HEINZ (1971) sahen in ihren Untersuchungen nur in 2 % der Fälle eine entsprechende Diagnose.

Nach einem von LANG (1967) herausgegebenen Kongressbericht werden über die Hälfte der Sexualdelikte an Kindern bei Mädchen unter 13 Jahren gefunden.

Es wird vor allem auf die Verantwortung des Arztes in einem solchen Fall hingewiesen: Physische und psychische Behandlung des Kindes, Sammeln von Beweisen für das Gericht und weitere Beobachtung des Kindes im Hinblick auf Schwangerschaft und venerische Erkrankungen sowie seelische Führung der Eltern (unbefangenes Verhalten gegenüber dem Kind, evtl. Empfehlung der Interruption).

Die Rate der gut- und bösartigen Tumoren betrug bei unseren Kindern 10 %, den Adoleszenten 8 % und den Erwachsenen (Vergl. Gr.K) 13 % der Fälle (siehe Tab. 4).

Diese Befunde finden in der Literatur keine Bestätigung.

PROTOPOPESCU et al. (1965) sahen in ihrem Kollektiv bei 1,9 % der Gesamtdiagnosen "Tumoren".

HOYME und HEINZ (1971) fanden nur bei 0,7 % ihrer Patientinnen diesen Befund.

Die Unterschiede in den Gruppen der Kinder und Heranwachsenden zu den entsprechenden Angaben aus Rumänien und der DDR zeigen, daß dort nicht die Therapie - wie bei uns - sondern die Prophylaxe gynäkologischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Vordergrund steht.

Ein Vergleich der befallenen Organe zeigt in unseren Untersuchungen - zumindest in der Gruppe der gutartigen Tumoren - zwischen den einzelnen Altersgruppen keine Besonderheiten (siehe Tab. 5). Hier ergeben sich aber Besonderheiten aus gynäko - chirurgischer und strahlentherapeutischer Sicht.

Bei isolierter Betrachtung der bösartigen Genitaltumoren fanden wir bei den 0 bis 18-jährigen 6 Malignome, davon 4 am Ovar, und 2 am Uterus (siehe Tab. 5). Im einzelnen handelt es sich um 2 Dysgermiome, 1 Ovarialkarzinom, 1 Granulosazelltumor mit Metastasen, 1 Sarkoma botryoides und 1 Collumkarzinom.

GARDINER und HUBER in den USA (1960) fanden in 20 Jahren 10 Genitalmalignome bei Kindern und Jugendlichen, davon 7 am Ovar.

STAŠEK, der Leiter des einzigen onkologischen Zentrums in der Tschechoslowakei, et al., Prag (1971) berichten über 10 Ovarialkarzinome bei Kindern zwischen 4 1/2 und 16 Jahren, beobachtet in den letzten 20 Jahren. Davon starben 11 Kinder innerhalb von 2 Jahren nach Beginn der Behandlung.

Im Gegensatz zu den bösartigen Ovarialtumoren der Erwachsenen war das Gewebe meist weniger differenziert.

Das einzige Malignom in dem von HOYME und HEINZ (1971) untersuchten Kollektiv ist ebenfalls ein bösartiger Ovarialtumor.

DEWHURST (1963) ist hingegen der Ansicht, daß das häufigste Genitalmalignom bei Kindern das Sarkoma botryoides sei.

HUFFMAN (1968) schließlich gibt eine umfassende Zusammenstellung von den im Schrifttum beschriebenen Genitaltumoren im Kindesalter:

Von 1871 bis 1951 fand man 18 Vulvakarzinome bei Mädchen bis zu 16 Jahren.

Von 1868 bis 1965 wurden 14 Vaginakarzinome bei Mädchen bis zu 16 Jahren beschrieben.

Im Zeitraum von 1888 bis 1965 wurde über 32 Collumkarzinome bei Mädchen unter 17 Jahren berichtet.

Von 1929 bis 1960 fand man 4 Corpuskarzinome bei Mädchen bis zu 16 Jahren.

Im Zeitraum von 1935 bis 1966 wurden 177 Ovarialkarzinome und 328 andere Ovarialmalignome in dieser Altersgruppe beschrieben.

Die Befunde "Entzündung" und "Hormonstörung" stellen nach unseren Untersuchungen keine speziellen Leiden der Kinder und Heranwachsenden dar, aber die Besonderheiten finden sich in der Organbeteiligung, deren Ursachen und der Therapie der Erkrankungen.

In unserem gynäkologischen Krankengut ist die Entzündung im Genitalbereich bei den Kindern, den Heranwachsenden und den Erwachsenen die häufigste Erkrankung (33 %, 44 % bzw. 60 % der Fälle).

Unsere Untersuchungen stimmen mit PROTOPOPESCU et al. (1965) überein. Er fand bei den 782 von ihm untersuchten Kindern in 36 % der Fälle eine entzündliche Erkrankung.

HUBER in Österreich (1969) sah in einem Kollektiv von 460 Tiroler Kindern, die in den Jahren 1962 bis 1968 untersucht wurden, sogar bei 59 % der Fälle eine Entzündung.

HOYME und HEINZ (1971) fanden in dem von ihnen untersuchten Krankengut ebenfalls bei 59 % der Patientinnen eine Entzündung.

Da die Entzündung im Genitalbereich in der Erwachsenengynäkologie ebenfalls die häufigste Erkrankung darstellt, kann man nicht von einem besonderen Leiden der Kinder und Adoleszenten sprechen. Unterschiede finden sich lediglich in der Organbeteiligung (siehe Tab. 5). So ist die Adnexitis bei Kindern relativ selten, aber im Gegensatz zur allgemeinen Meinung nicht unmöglich. Hingegen ist die Vulvitis relativ häufig, und die Heranwachsenden erkranken verhältnismäßig oft an Appendizitis.

Es besteht aber kein Zweifel, daß viel zu wenig an diese Möglichkeiten bei Kindern gedacht wird, wobei zudem noch urologische Komplikationen drohen, und bei der Appendizitis insbesondere die Gefahr einer späteren Sterilität besteht (HUBER 1969).

Die Hormonstörungen (Pubertas praecox, primäre und sekundäre Amenorrhöen und Menstruationsbeschwerden) stellen in unserem Patientengut bei den Kindern 27 % (der Eintritt der Menstruation liegt nach PETER und VESELÝ (1966) bei Prager Mädchen durchschnittlich im Alter von 12 Jahren und 10 Monaten, nach HUFFMAN (1968) bei Mädchen aus den USA im Alter zwischen 10 und 14 Jahren), bei den Heranwachsenden 38 % und den Erwachsenen (Vergl. Gr.K) 24 % der Fälle und damit die zweithäufigsten Erkrankungen dar.

PROTOPODESCU et al. (1965) fanden bei den von ihnen untersuchten 782 Kindern die Hormonstörungen mit 31 % der Fälle ebenfalls an zweiter Stelle der Erkrankungen vertreten.

Die Amenorrhöe und die mit ihr funktionell eng verbundene Oligo- und Hypomenorrhöe sind nach HUFFMAN (1968) Mängel der ovariellen Funktion oder das Ergebnis endokriner Störung des Ovars oder der Hypophyse.

PETER und VESELÝ (1966) weisen bei der juvenilen Amenorrhöe insbesondere auf deren sekundäre hyperöstrogenische Form hin. Bei den weniger häufigen Formen nennen sie psychoneurogene Einflüsse als Ursache, denen LANG (1967) eine wichtige Rolle bei allen Formen menstrueller Dysfunktion zuweist. In einem von ihm herausgegebenen Kongressbericht (1967) werden für die meisten Menstruationsbeschwerden der Mädchen das hypothalamisch-hypophysär-ovarielle System verantwortlich gemacht. Sowohl die Unfähigkeit des Ovars, adäquat auf die Gonadotropinsekretion zu antworten, wie auch das funktionelle Versagen der Hypophyse und des Hypothalamus werden als Ursachen genannt. PETER und VESELÝ (1966) weisen insbesondere auf die Gefahr der juvenilen Blutungen mit sekundärer Anämie bei anovulatorischem Zyklus mit Proliferation des Endometriums ohne Transformation zur glandulär-zystischen Hyperplasie der Uterusschleimhaut hin.

DEWHURST (1963) rät, bei der juvenilen Blutung auch an einen Abort und - ebenso wie LANG (1967) - an eine Gerinnungsstörung zu denken. Bei dem Symptom der Uterusblutung fordert er zudem den Ausschluß weiterer organischer Ursachen, insbesondere einer Geschwulstbildung hormonaler Aktivität.

Seine Vorstellungen werden von PETER und VESELÝ (1966) geteilt, die bei diesem Symptom noch auf die Möglichkeit einer Pubertas praecox und eines vaginalen Fremdkörpers bei den jungen Patientinnen hinweisen.

Nach LANG (1967) ist die organische Ursache einer Uterusblutung bei der Frau im fortpflanzungsfähigen Alter und in der Menopause viel häufiger als beim Teenager, bei dem die dysfunktionellen Ursachen überwiegen. Indessen dürften jene bei der Differenzialdiagnose der Uterusblutung junger Mädchen nicht übersehen werden.

Da die Hormonstörungen in der Erwachsenen gynäkologie ebenfalls die zweithäufigsten Erkrankungen darstellen, kann man nicht von einem besonderen Leiden der Kinder und Adoleszenten sprechen, doch wird man bei den Erwachsenen bestimmte Formen, wie juvenile Blutungen, nicht finden.

4.6 Die Zusammenarbeit der einzelnen Fachbereiche in kindergynäkologischen Fragen

Um zu prüfen, ob eine Intensivierung der Zusammenarbeit der einzelnen Fachbereiche gynäkologisch erkrankten Kindern und Heranwachsenden zugute kommt, muß man klären, wie eng diese Zusammenarbeit ist, d.h. wie häufig uns Kinder und Adoleszenten von den verschiedenen Fachärzten bzw. Kliniken geschickt werden. Hierzu dient uns die folgende Kontingenztafel (Tab. 6):

Zeilenüberschriften bilden die Altersgruppen der 0 bis 10- und 11 bis 15-jährigen, der Heranwachsenden und der Erwachsenen (Vergl. Gr.K).

Spaltenüberschriften bilden die einweisenden Gruppen "Eltern und Selbstkommende", "niedergelassener Arzt und Facharzt", "Kinderklinik", "andere Kliniken des Klinikums", "Fürsorge und Kriminalpolizei".

Tab. 6

Einweisungsmodus gynäkologisch erkrankter Kinder, Heranwachsender und erwachsener Patientinnen (Vergl. Gr.K).

Poliklinik der Univ. - Frauenklinik Mainz

Einweisung Alter	ELTERN SELBST	NIEDERGEL. ARZT UND FACHARZT	KI KLI.	ANDERE KLINIKEN DES KLINIKUM	FÜRSORGE + KRIPO	Σ
0-10	24 14 %	58 35 %	64 38 %	11 7 %	10 6 %	167 100 %
11-15	76 22 %	135 40 %	29 9 %	89 26 %	9 3 %	338 100 %
16-18	462 31 %	719 47 %	4 0,3 %	312 21 %	7 0,5 %	1504 100 %
Σ	562 28 %	912 45 %	97 5 %	412 21 %	26 1 %	2009 100 %
19-24	298 37 %	417 51 %	0 0 %	97 12 %	1 0,1 %	813 100 %
Σ	860	1329	97	509	27	2822

Von den 0 bis 10-jährigen werden 14 % von den Eltern geschickt, 35 % von niedergelassenen Ärzten und Fachärzten, 38 % von der Kinderklinik, 7 % von anderen Kliniken und 6 % von Kriminalpolizei und Fürsorge.

Bei den 11 bis 15-jährigen werden 22 % von den Eltern geschickt oder kommen von selbst, 40 % werden von niedergelassenen Ärzten und Fachärzten überwiesen, 9 % von der Kinderklinik, 26 % von anderen Kliniken und 3 % von Kriminalpolizei und Fürsorge.

Bei den 16 bis 18-jährigen kommen 31 % von sich aus oder werden von den Eltern geschickt, 47 % werden von niedergelassenen Ärzten und Fachärzten überwiesen, 21 % von anderen Kliniken und 0,5 % von Fürsorge und Kriminalpolizei.

Bei den Erwachsenen kommen 37 % von sich aus, 51 % werden von niedergelassenen Ärzten und Fachärzten geschickt, 12 % von anderen Kliniken.

Tab.7

Erweiterte Gliederung des Einweisungsmodus gynäkologisch erkrankter Kinder, Heranwachsender und erwachsener Patientinnen (Vergl. Gr. K).

Poliklinik der Univ. - Frauenklinik Mainz

Altersgruppe	Eltern	H.A.	Kind. Arzt	Gynäk. Kind. niedergel.	Med. KI	Chir. KI	Uro. KI	Neurochir. KI	Neurolog. KI	Psych. KI	NKO KI	Aug. KI	Haut. KI	Person. KI	Fürsorge	keine Angabe				
0-5	0	12	17	0	0	2	33	2	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0		
6-10	1	11	35	1	0	2	31	0	2	1	0	0	0	1	0	3	0	0		
11-15	9	67	118	0	1	16	29	48	26	1	0	0	7	0	0	7	0	3		
16-18	417	45	547	0	6	66	4	163	71	3	3	10	18	3	2	34	5	6	1	10
Σ 0-18	427	135	818	1	7	86	97	213	101	5	3	10	25	4	2	44	5	19	1	13
19-24	298	0	347	0	1	69	0	62	12	0	1	2	7	0	0	10	3	1	0	0

Bei weiterer Unterteilung der einweisenden Personengruppen in "von selbst Kommende", "Eltern", "Hausarzt", "niedergelassener Kinderarzt", "niedergelassener Internist", "niedergelassener Gynäkologe", "Kinderklinik", "Medizin. Klinik", "Chirurg. Klinik", "Urolog. Klinik", "Neurochirurg. Klinik", "Neurolog. Klinik", "Psychiatr. Klinik", "HNO-Klinik", "Augenklinik", "Hautklinik", "Personalarzt", "Kriminalpolizei", "Fürsorge" und "keine Angabe" sowie der Unterteilung der Altersgruppen "0 bis 5-", "6 bis 10-", "11 bis 15-", "16 bis 18-jährige" und "Erwachsene (Vergl. Gr. K)" andererseits zeigt sich, daß bei den 0 bis 5-jährigen die Kinderklinik, der Hausarzt und die Eltern die wichtigsten einweisenden Gruppen sind.

Bei den 0 bis 10-jährigen lautet die Reihenfolge: Hausarzt, Kinderklinik, Eltern.

Bei den 11 bis 15-jährigen folgen nach dem Hausarzt die Eltern und die Medizinische Klinik.

Bei den Heranwachsenden steht an erster Stelle der einweisenden Personen der Hausarzt, an zweiter Stelle die Selbsteinweisung und an dritter die Medizinische Klinik.

Bei den Erwachsenen (Vergl. Gr. K) weisen der Hausarzt, die Patientinnen selbst und der niedergelassene Gynäkologe am häufigsten zur Untersuchung ein.

Bei der Prüfung des Einweisungsmodus fällt uns auf, daß die Fachkliniken nur mit einem niedrigen Prozentsatz an der Einweisung beteiligt sind, obwohl erfahrungsgemäß viele kindergynäkologische Leiden Erkrankungen im Übergangsgebiet zu anderen Fachbereichen darstellen (HIERSCHE und TIETZE 1971).

Betrachten wir den Einweisungsmodus anhand der Tabelle 7 so bemerken wir, daß auch die niedergelassenen Gynäkologen sehr wenig Patientinnen eingewiesen haben.

5. DISKUSSION

Unsere Klinik wird von der Bevölkerung als Schwerpunktkrankenhaus für die Behandlung gynäkologisch erkrankter Kinder angesehen. Ihr Einzugsgebiet ist mit dem der Poli-Klinik Prag-Stadt zu vergleichen. Dies legitimiert uns, zur Frage der Kindergynäkologie Stellung zu nehmen:

Die geringe Anzahl der Kinder und Heranwachsenden am Patientengut der Poliklinik rechtfertigt trotz ihres Anstieges, der für ein erwachendes Interesse von Ärzten und Eltern an Kindergynäkologischen Problemen spricht, nach unseren Untersuchungen nicht die Bildung einer neuen Subspezialität "Kindergynäkologie".

Die entsprechenden höheren Zahlen der Ost-Berliner- und Prager Klinik lassen sich wohl dadurch erklären, daß dort die Kindergynäkologie gesundheitspolitisch propagiert und hauptsächlich als prophylaktische Medizin betrieben wird, während bei uns die Behandlung gynäkologisch schon kranker Kinder im Vordergrund steht.

Vergleicht man schließlich noch den Anteil der Kinder und Heranwachsenden am Gesamtpatientengut der Poliklinik in der Jahrgangsgruppe 1966 bis 1969 (6 %, siehe Abb. 4) mit dem Anteil der Kinder und Heranwachsenden der weiblichen Wohnbevölkerung von Rheinland-Pfalz (28 %) und der BRD (25 %) - Stand vom 31.12.1966 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes - , dann bestätigt sich, daß Kinder und Heranwachsende nur einen geringen Anteil des Patientengutes stellen.

Nach unseren Untersuchungen werden bei Kindern und Heranwachsenden vor allem Befunde erhoben, wie sie auch in der Gynäkologie der erwachsenen Frau vorkommen (Entzündungen und Hormonstörungen). Man muß aber daran denken, daß auch Kinder solche Befunde haben können.

Unsere Feststellung, daß es sich bei diesen Leiden um die häufigsten gynäkologischen Erkrankungen der Kinder und Heranwachsenden handelt, wird durch Untersuchungen von PROTOPOPESCU (1965), et al. HUBER (1969) sowie HOYME und HEINZ (1971) für die Entzündung und von PROTOPOPESCU et al. (1965) für die Hormonstörungen bestätigt.

Die Besonderheiten der gynäkologischen Leiden von Kindern und Heranwachsenden liegen aus frauenärztlicher Sicht im relativ höheren Auftreten von Mißbildungen. Der Anteil der Mißbildungen in den Gesamt-Diagnosen liegt bei uns höher als in den Untersuchungen anderer Autoren. PROTOPODESCU et al. (1965) fanden unter 782 Kindern im Alter bis zu 16 Jahren nur in 1,5 % der Fälle Mißbildungen. Der Unterschied zeigt, daß die Kindergynäkologie nach diesen rumänischen Untersuchungen dort ein präventiver Zweig der Gesamtgynäkologie darstellt.

Als Therapie genügt hier nicht die einfache gynäkologische Sanierung im entsprechenden Alter; denn Mißbildungen sind häufig verbunden mit Fehlbildungen im urologischen System, welche ohne Befundung und Therapie, zur Pyelonephritis und endlich zum frühen Tod der Patientin führen.

Bösartige Genitaltumoren unserer Kinder und Heranwachsenden fanden sich vor allem am Ovar. Eine Untersuchung von HUFFMAN (1968) bestätigt das Überwiegen der Ovarialmalignome unter den bösartigen Genitaltumoren der Kinder.

Sie stellen bei Kindern und Heranwachsenden insofern ein besonderes Leiden dar, als ihre Prognose viel ungünstiger ist als bei einer entsprechenden Erkrankung der erwachsenen Frau. Zudem kann eine Operation hier eine ungünstige Veränderung des Wachstums sowie der Fortpflanzungsfähigkeit bewirken und einen schädigenden Einfluß auf die Psyche nach sich ziehen. Das gilt auch für eine aktinische Behandlung. Wird ein Therapieversuch mit Zytostatika gemacht, so ist daran zu denken, daß diese vom wachsenden Organismus schlecht toleriert werden (Schädigung des blutbildenden Knochenmarks).

Wir haben es also - im Gegensatz zu anderen Behandlungen - hier mit Rückwirkungen auf den Gesamtorganismus zu tun.

Weitere Besonderheiten stellen Genitalverletzungen mit speziellen Schwierigkeiten bei der chirurgischen Versorgung und Sexualdelikte dar.

Der Befund "Verletzung" findet sich im Patientengut anderer Autoren (HOYME und HEINZ 1971, HUBER 1968) weniger häufig.

Gerade bei den Verletzungen, vor allem bei den schwierigen, etwa durch Verkehrsunfälle verursachten, komplizierten Verletzungen der Genitalorgane sowie benachbarter Organe und des Beckens, ist die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachrichtungen wie Chirurgie, Orthopädie, Urologie und Gynäkologie erforderlich.

Die geringe Zahl der Sexualdelikte im Patientengut von HOYME und HEINZ in der DDR (1971) weisen jene als sozialpolitisches Problem unserer Gesellschaft aus.

Es ergibt sich somit in Übereinstimmung mit den Erfahrungen anderer Länder, insbesondere der Tschechoslowakei (HIERSCHE 1970), die Notwendigkeit, gynäkologisch erkrankte Kinder und Heranwachsende unter Zusammenarbeit mit den Nachbardisziplinen zu betreuen. Diese verstärkte Zusammenarbeit erfordert aus gynäkologischer und psychologischer Sicht eine Zentralisierung der kinder- und adoleszentengynäkologischen Fälle, integriert in den großen Frauenkliniken.

Die geringe Anzahl der Einweisungen durch den niedergelassenen Kinderarzt und Gynäkologen macht unserer Ansicht nach eine verstärkte Aufklärungsarbeit an Arzt, Eltern und Patienten notwendig. Es muß berücksichtigt werden, daß im Laufe der Zeit, wenn im Bewußtsein der Bevölkerung erst einmal der Gedanke Wurzel geschlagen hat, daß Kinder gynäkologisch krank sein können, die Erfordernis kindergynäkologischer Behandlungsmöglichkeiten steigen wird, wie Beispiele in Berlin, Prag, New-York und Innsbruck zeigen.

Schließlich erscheint uns nach Durchsicht der spärlichen Literatur eine Intensivierung von Lehre und Forschung in der Gynäkologie des Kindes und der Heranwachsenden erforderlich.

6. ZUSAMMENFASSUNG

Anhand von Tabellen und graphischen Darstellungen wird die Herkunft von Kindern und Heranwachsenden, die die Poliklinik der Universitäts-Frauenklinik Mainz im Zeitraum von 1954 bis 1969 besuchten, beschrieben. Sie wird mit der Herkunft von Patientinnen einer Erwachsenen-Kontrollgruppe verglichen. Aufgrund dieser Untersuchungen stellen wir fest, daß unsere Klinik von der Bevölkerung als Schwerpunktkrankenhaus für die Behandlung gynäkologisch erkrankter Kinder und Heranwachsender angesehen wird und ihr Einzugsgebiet dem der kindergynäkologischen Poliklinik Prag-Stadt entspricht. Dies legitimiert uns, zur Frage der Kindergynäkologie Stellung zu nehmen.

Ferner wird mit einer Tabelle und zusätzlichen Abbildungen der Anteil der Kinder und Heranwachsenden im gesamten Patientengut der Poliklinik beschrieben und der Anstieg der Fälle im Laufe des Beobachtungszeitraumes demonstriert.

Mit Hilfe von Tabellen werden außerdem die gynäkologischen Erkrankungen von Kindern und Heranwachsenden sowie deren Einweisungsmodus gezeigt und entsprechenden Beobachtungen an einer Erwachsenen-Vergleichsgruppe gegenüber gestellt.

Die Ergebnisse zeigen, daß trotz eines - im Vergleich zu den Erwachsenen - starken Anstieges der kinder- und adolescentengynäkologischen Fälle, der Anteil der Kinder und Heranwachsenden im gesamten Patientengut der Poliklinik gering ist. Die Kinder leiden an gynäkologischen Erkrankungen, wobei die Mehrzahl der Kinder und Heranwachsenden Befunde haben, die denen der Erwachsenen gleichen. Besondere Leiden liegen bei den Kindern und Heranwachsenden jedoch in Form von Mißbildungen, bestimmten bösartigen Genitaltumoren, Verletzungen und Stuprum vor.

Wir stellen fest, daß diese Erkrankungen von Gynäkologen betreut werden müssen, die Bildung einer neuen Subspezialität "Kindergynäkologie" jedoch nicht erforderlich ist.

Die Betreuung der Patientinnen muß in enger, kollegialer Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen vorgenommen werden, was bislang leider noch nicht genügend praktiziert wird.

Schließlich ist die Konzentrierung kindergynäkologischer Fälle an großen Kliniken sowie eine Intensivierung von Lehre und Forschung im Interesse einer besseren Betreuung der Kinder und Heranwachsenden erforderlich.

7. LITERATURVERZEICHNIS

- Aszodi, I.: Über die Fragen der Pubertät in der gynäkologischen Ordination.
Gyermekgyógyászat 18, 513-517 (1967)
- Brews, A.: zitiert nach Dewhurst S. 33
- Bundesministerium f. Gesundheit: Das Gesundheitswesen in der BRD.
Band 3
Stuttgart/Mainz 1968
- Campbell, R.C.: Statistische Methoden für Biologie und Medizin
Stuttgart 1971
- Dewhurst, C.J.: Gynaecological Disorders of Infants and Children.
London 1963
- Dobszay, L.: zitiert nach Peter und Veselý
S. 186
- Fölsing, K.: Stellungnahme zu dem Aufsatz
"Kindergynäkologie"
Der Frauenarzt 10, 200 (1969)
- Gardiner, S.H.: Diagnosis of malignant gynecologic tumors in
infants, children and adolescents.
J. Indiana St. Med. Ass.
53, 655-661 (1960)
- Grob, M.: Lehrbuch der Kinderchirurgie
Stuttgart 1957
- Hiersche, H.-D. und K.W. Tietze: Zur Bedeutung der Kindergynäkologie in der
Frauenklinik.
Geburtsh. u. Frauenheilk.
31, 628-636 (1971)
- Hiersche, H.-D.: Persönliche Mitteilungen (1970)
- Hiersche, H.-D., K.W. Tietze
und S.v. Prillwitz: Teenager-Schwangerschaft
(in Vorbereitung)
- Hoyme, S. und D. Heinz: Arbeitsgemeinschaft "Kinder und Jugend-
gynäkologie".
Mitteilungen d. Gesellschaft für Gynäkologie
und Geburtshilfe der DDR
2/19-28 (1971)

- Huber, A.: Gynäkologische Probleme beim Kinde.
Wien. Med. Wschr. 118, 541-546 (1968)
- Huber, A.: Entzündliche Erkrankungen der weiblichen
Genitalorgane im Kindesalter.
Wien. Med. Wschr. 119, 353-361 und
385-391 (1969)
- Huffman, J.W.: The Gynecology of Childhood and
Adolescence.
Philadelphia 1968
- Huffman, J.W.: Persönliche Mitteilung (1971)
- Isbruch, F.: Kurze Stellungnahme der Bundesleitung
Der Frauenarzt, 10, 201 (1969)
- Korting, G.W.: Hautkrankheiten bei Kindern und Jugend-
lichen.
Stuttgart 1969
- Lang, W.R.: Pediatric and Adolescent Gynecology.
(Hrsg.) New-York 1967
- Optiz, H.P.: Kindergynäkologie
Der Frauenarzt, 10, 116 (1969)
- Peter, R. und K. Veselý: Kindergynäkologie.
Leipzig 1966
- Pfanzagl, J.: Methodenlehre der Statistik I.
Berlin 1967
- Protopopescu, J., R. Birloiu,
T. Cîncă, M. Popescu und J. Ilîian: Die Erfahrungen der Sprechstunde für Kinder-
gynäkologie in der Poliklinik für Erwachsene
"Rahova"
Obstet. și Ginec. 13, 23-30 (1965)
- Schauffler, G.C.: Pediatric Gynecology.
Chicago 1942
- Stašek, V., K. Veselý,
und K. Motlík: Malignant Ovarian Tumors in Children and
Adolescents.
Neoplasma 18, 299-307 (1971)

- Tietze, K.W.:
Risikofaktoren bei Schwangeren.
Analyse im Einzugsgebiet der großen Klinik.
Zbl. Gynäk. 93, 1-5 (1971)
- Tietze, K.W. und H.-D. Hiersche:
Das Risiko des Neugeborenen von jugendlichen Müttern.
Kongressbericht, 4. Deutscher Kongress für perinatale Medizin
Berlin 1971 (Im Druck)
- Tietze, K.W. und P. Rodorff:
Entbindungsort und Herkunft von Schwangeren aus Risikogruppen.
Geburtsh. u. Frauenheilk.
30, 960-968 (1970)
- Walker, H.M.:
Statistische Methoden.
Weinheim 1964
- Weber, E.:
Grundriß der Biologischen Statistik für Naturwissenschaftler, Landwirte und Mediziner.
Jena 1964

Für die Überlassung des Themas dieser Arbeit sage ich Herrn Professor Dr. med. H.-D. Hiersche meinen herzlichen Dank.

Ebenso möchte ich mich bei Herrn Professor Dr. Dr. S. Koller, Direktor des Instituts für Medizinische Statistik und Dokumentation der Universität Mainz, sowie bei Herrn Professor Dr. med. H. Fassl für ihre freundliche statistische Beratung bedanken.

Lebenslauf

Ich wurde am 8. Mai 1945 als Sohn des Oberamtsrates Ludwig Englisch und seiner Ehefrau Sofie, geborene Löhr, in Mainz-Kostheim geboren.

Von 1951 bis 1955 besuchte ich die Volksschule in Mainz-Kastel, im Anschluß daran die Gutenbergschule, Gymnasium für Jungen, in Wiesbaden, an der ich im Frühjahr 1964 die Reifeprüfung ablegte.

Von April 1964 bis März 1965 leistete ich meinen Wehrdienst in der Bundesmarine ab und nahm danach das Studium der Humanmedizin an der Johannes Gutenberg - Universität zu Mainz auf. Hier bestand ich am 9.12.1970 die Ärztliche Prüfung.

Am 18.12.1970 heiratete ich die Medizinal-Assistentin Barbara Leibecke und begann im Januar 1971 als Medizinal-Assistent am Bundeswehrkrankenhaus Amberg zu arbeiten. Von Mai 1971 bis Ende August 1971 war ich im Städtischen Krankenhaus Weiden als Medizinal-Assistent tätig. Danach arbeitete ich bis Ende September 1971 nur an der Fertigstellung meiner Inauguraldissertation.

Vom 1.12.1971 bis zum 31.1.1972 arbeitete ich im Psychiatrischen Krankenhaus Eichberg als Medizinal-Assistent. Nach anschließender, viermonatiger Tätigkeit im Städtischen Krankenhaus Weiden beendete ich meine Medizinal-Assistenten-Zeit am 30.4.1972. Die Approbation als Arzt wurde mir am 5.5.1972 erteilt. Seit dem 1.6.1972 arbeite ich als Truppenarzt in der Marinesanitätsstaffel Eckernförde.

